**OPIS ZADANIA\* – MODUŁ 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OSTATECZNY ODBIORCA WSPARCIA | |  | |
| Nazwa Dziennego Opiekuna  (tj. dane osobowe dziennego opiekuna, a w przypadku braku wiedzy kto będzie pełnił funkcję dziennego opiekuna wskazanie - Dzienny opiekun nr 1) | |  | |
| Adres planowanej do utworzenia instytucji opieki | |  | |
| Liczba planowanych do utworzenia miejsc opieki u dziennego opiekuna | |  | |
| Okres realizacji zadania | planowany termin rozpoczęcia tworzenia | | planowany termin wpisu do wykazu dziennych opiekunów  *(max. do 31 grudnia 2025 r.)* |
|  | |  |
| Podstawowe założenia dotyczące planowanego zadania  (proszę wskazać czy będzie realizowana adaptacja, zakup lokalu czy zakup i montaż wyposażenia instytucji, zakup i montaż wyposażenie placu zabaw, zakup pomocy do prowadzenia zajęć lub dostosowanie otoczenia instytucji) | *Proszę opisać zakres planowanych prac i zachować spójność z kalkulacją wydatków* | | |
| Opis obiektu, w którym będą prowadzone prace  (w tym: opis budynku, liczba kondygnacji, liczba i rodzaj pomieszczeń, liczba i metraż sal pobytu dziennego) oraz opis terenu, na którym będą prowadzone prace (w tym podanie tytułu prawnego do dysponowania obiektem i terenem - nr działek ewidencyjnych i nr KW) |  | | |
| **DEKLARACJA OSTATECZNEGO ODBIORCY WSPARCIA:**  Czy planowane jest funkcjonowanie utworzonej instytucji opieki w okresie od dnia dokonania wpisu instytucji do wykazu dziennych opiekunów do dnia 31 grudnia 2025 r.  *(proszę w odpowiednią rubrykę wstawić znak „X”)* | | | |
| TAK |  | | |
| NIE |  | | |

………………………………………………..

Data, podpis i pieczątka osoby upoważnionej

do reprezentowania Ostatecznego Odbiorcy Wsparcia